ITEM 249 : MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU MODE DE VIE

Pour conserver l'aspect synthétique de la fiche, les paragraphes rang C des collèges (MPR++) n'ont pas tous été repris.

GÉNÉRALITÉS

- Concernent **l'alimentation** et **l'activité physique,** enjeux majeurs dans la prise en charge de pathologies nutritionnelles (obésité, maladies métaboliques, dénutrition), pour la plupart des maladies chroniques.
- Concernent l'observance des **traitements médicamenteux**, la gestion des **conduites à risque** (tabac, alcool…) facteurs d'écologie perso (sommeil, organisation des loisirs, du rythme de vie, de la vie sociale et relationnelle…)
- Abandon du terme « **règles hygiéno-diététiques** » (approche « enfermante » et normative, connotation négative empreinte de jugement) .

COMPETENCES PSYCHOSOCIALES (=CPS) « LIFE SKILLS »	- Compétences sociales = communication verbale/non verbale, empathie, négociation - Compétences cognitives = prise de décisions/résolution de problème, pensée critique - Compétences émotionnelles = expression émotion, gestion du stress, conscience de soi - Important dans les **maladies chroniques,** car elles regroupent les compétences **d'adaptation** (comment solliciter l'aide de son entourage, savoir utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits, analyser des informations reçues sur sa maladie et son traitement…) - Renforcement des **compétences psychosociales** = favoriser maintien changement de comportement et leur maintien dans le temps.
ÉDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	Objectif = amélioration qualité de vie des personnes atteintes des maladies chroniques. = Aide le patient à acquérir des **compétences pour mieux gérer leur vie** (favoriser autonomie) Différentes étapes : - Établir diagnostic éducatif (comprendre atteinte et besoin du patient). - Relativiser les atteintes du patient (source de frustration ou de sentiment d'incapacité). - Programme personnalisé d'ETP : définir les objectifs à atteindre. - Planifier les séances d'ETP (individuelles ou collectives ou les 2). - Évaluer les compétences acquises : ce qui a changé – les nouveaux besoins.

ÉVALUATION DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

ÉVALUATION		- Avant toute modification alimentaire, recherche de **difficultés dans la relation avec l'alimentation**, la situation alimentaire en rapport avec une pathologie/problématique, reconstituer **l'histoire** de la prise alimentaire et les **circonstances** des repas, évaluer la **motivation** à changer ses habitudes alimentaires. - Évaluation par rapport aux recommandations alimentaires et nutritionnelles : . **BNM** (besoin nutritionnel moyen) : besoin moyen de la population en relation avec un critère d'adéquation nutritionnelle. . **RNP** (référence nutritionnelle de la population) : apport qui couvre le besoin de la quasi-totalité de la population (97,5 %). . **AS** (apport satisfaisant) : apport moyen d'une population pour lequel le statut nutritionnel est jugé satisfaisant. . Objectifs du **PNNS** (cf. tableau en fin de fiche). . **Nutriscore** : système d'étiquetage à 5 niveaux selon la valeur nutritionnelle de l'aliment.
	Sensations physiologiques à rechercher à l'interrogatoire	- **Faim** : sensations physiques secondaires au besoin physiologique de manger sans spécificité, pour nourrir l'organisme = faim « **homéostasique** » : on parle de faim « **hédonique** » pour le désir irrépressible de manger, svt compulsif (grignotage). - **Appétit** : envie de manger un aliment ou un groupe d'aliments, inclut une anticipation le plus souvent agréable. - **Rassasiement** : correspond à l'extinction du signal de faim, normalement à la fin du repas, sans apparition d'un nouveau signal physique (sensation de tension gastrique, notamment, qui signifie que l'individu a dépassé le stade de rassasiement). - **Satiété** : sensation de plénitude gastrique, période entre le rassasiement et la réapparition de la faim précédant la prise alimentaire suivante.
	Difficultés dans la relation avec l'alimentation	*Symptômes à rechercher :* - **Hyperphagie prandiale** : augmentation des apports caloriques au cours des prises alimentaires pendant les repas (soit augmentation de la quantité soit de la densité énergétique des aliments consommés). - **Tachyphagie** : rapidité des prises alimentaires. - **Noctophagie** : prise alimentaire nocturne. - **Grignotage** : ingestion répétée de petites quantités d'aliments sans sensation de faim ou d'appétit. - **Compulsion/impulsivité alimentaire** : consommation impulsive/brutale d'un aliment/en dehors des repas/en réponse à une envie ; plaisir initial laissant place rapidement à un sentiment de culpabilité, se rapproche du « craving » (urgence à manger). - **Accès boulimique** : ingestion de grande quantité de nourriture (arrêt suite épigastralgie/vomissements, facteur limitant de la prise= contenance gastrique) avec une notion de perte de contrôle et un sentiment d'angoisse et honte ; comportement souvent caché à l'entourage.
ÉVAL.	**Difficultés dans la relation avec l'alimentation**	- **Hypophagie** : fait de ne pas s'alimenter suffisamment = secondaire à un état patho ou à une restriction cognitive. - **Anorexie** : absence de faim, maintien d'un état d'inhibition de la prise alimentaire. - **Restriction cognitive** : tendance à limiter volontairement son alimentation dans un but de perte de poids.

COMPLICATIONS	**Difficultés dans la relation avec l'alimentation**	*Troubles du comportement alimentaire associés :* - Anorexie mentale. - Boulimie. - Binge eating disorder (crises de boulimie sans comportement compensatoire).
	Troubles de l'équilibre alimentaire	- **Dénutrition :** insuffisance d'apport par rapport aux besoins (déficit quantitatif ou qualitatif) soit par diminution des apports soit par augmentation des dépenses associée à une immunodépression, des infections, une grabatisation… - **Malbouffe :** haute teneur en énergie due aux graisses et au sucre et à faible valeur nutritive, lié à une augmentation du risque de maladies nutritionnelles (cardiovasculaire, obésité, syndrome métabolique, diabète, NASH, carences vitaminiques, certains cancers).

ALIMENTATION

PRESCRIPTION DIETETIQUE	→ **Prescription médicale écrite** obligatoire chez le patient **hospitalisé** nécessitant un régime alimentaire spécifique : **type** d'alimentation (diabétique…) et **texture de l'alimentation et des boissons** (mixé…), et préciser éventuellement le nombre de collations et horaires, aide aux repas, mesures posturales de prévention des fausses routes, etc. → Combiner plus **de 2 alimentations restrictives = risque de dénutrition.**	
	Conseil diététique	= Réalisable par tout médecin ± possible recours à une **diététicienne** (utile ++). - Pas de standardisation → **personnalisation.** - Nécessiter d'évaluer la motivation du patient (stade de changement de Prochaska), repérer l'objectif : convaincre ou donner confiance. - Reconstituer l'histoire alimentaire et évaluer les circonstances des prises alimentaires. - Inclure l'alimentation dans le projet thérapeutique, en pesant le rapport bénéfice/risque au long cours (risque de dénutrition, carence, restriction cognitive). - Évaluation du patient (pathologie, terrain), du comportement alimentaire et de la diététique. - Conseil nutritionnel et d'activité physique. **Objectifs éducatifs** portant sur : - **Répartition** des repas dans la journée, **structuration.** - **Vitesse d'ingestion** alimentaire, **identification des signaux internes** de faim et de rassasiement. - Plus grande **diversification** alimentaire. - Diminution des aliments gras/sucrés/salés ou des boissons sucrées/alcoolisées en excès. - Prévention et corrections des **hypoglycémies**, apprentissage des équivalences glucidiques (diabétique). - Dans tous les cas : respecter le **plaisir** de manger en privilégiant la sensorialité et en maintenant la convivialité.
	Insuffisance rénale chronique	Objectifs = prévenir la dénutrition, adapter les apports protidiques, hydriques, sodés et tenir compte des facteurs de risque cardiovasculaires : - **Apports contrôlés en sodium et en eau** (selon le poids et la natrémie) et en potassium/phosphore (contrôles réguliers, pour dépister hyperkaliémie, hyperphosphorémie et acidose métabolique). - **Limiter les apports protidiques** : entre 0,8 et 1 g/kg/j à partir du stade 3 et moins de 0,8 g/kg/j entre le stade 3 et 5, apport de 1,2 à 1,4 g/kg/j chez le patient dialysé. - Dépistage de la **dénutrition** (**impact pronostique majeur** sur mortalité) et apport énergétique suffisant (35 kcal/kg/jour), en privilégiant les glucides d'absorption lente. - Adapter les apports en vitamine D et en calcium.
	Diabète	**Recommandations** = non différentes de la **population générale**, alimentation standard est adaptée. Si ttt hypoglycémiant, un apport régulier en glucides à chaque repas (évite fluctuat° glycémiques). ***Apport glucidique :*** *50-55 % de l'apport calorique total.* ***Apport lipidique :*** *30 à 35 % de l'apport calorique total.* ***Apport protidique :*** *15 à 20 % de l'apport calorique total.* **Type 1** : alimentation variée et sans interdits, apports glucidiques réguliers et insulinothérapie fonctionnelle. **Type 2** : Régime hypocalorique si excès pondéral (perte de 5 à 10 % du poids), équilibré, correction des troubles du comportement alimentaire. **Index glycémique** : pouvoir glycémiant d'un aliment dans les deux heures suivant son absorption. Conseil = **limiter** la consommation des aliments à indice **glycémique élevé** (augmentation rapide de la glycémie : sucre, pain blanc, purée de pommes de terre, bonbons, confiture…) hors situation d'hypoglycémie.

PRESCRIPTION DIETETIQUE	Obésité	- Négativation de la balance énergétique : stabilisation ou réduction de l'IMC. - Ne pas viser uniquement perte de poids, favoriser prévention traitement des **complications** et l'amélioration de la **qualité de vie.** - Réduire les apports énergétiques en agissant sur les **prises extra-prandiales** et sur les aliments à **forte densité** énergétique (haute densité lipidique ou glucidique, alcool…), favoriser les aliments à faible densité énergétique (fruits/légumes). - Rétablir un **rythme alimentaire** : 3 repas par jour, pas de saut de repas, pas de grignotages entre les repas, repas à heures fixes, repas assis, dans le calme, d'une durée suffisante. - Maintien de l'équilibre alimentaire (2 produits carnés et 3 ou 4 produits laitiers/jr + poisson 1 ou 2/semaine) pour prévenir contre les carences. - **Pas d'interdiction**, restaurer le plaisir et déculpabiliser le patient si besoin. - Dépister des **tb alimentaires** ou **psychologiques** et donner des conseils comportementaux notamment activité physique quotidienne (marche, vélo, escaliers). - Pratique régulière s'une activité physique ludique. - Réduction des loisirs sédentaires et des périodes d'inactivité (télévision, ordinateur).
	Corticothérapie au long cours	**Complications** : fonte musculaire, ostéoporose, diabète, hypertension artérielle, anomalie de la répartition des graisses… 1) **Rétention hydrosodée :** surtout chez insuf. Cardiaque, **restriction sodée** en fonction du corticoïde, de sa posologie et des comorbidités du patient (HTA, IC…), plus stricte si posologies élevées. 2) **Perturbations du métabolisme des glucides** : surtout si surpoids, diabète, âgé… Se manifeste par des glycémies à jeun normales et des glycémies post-prandiales élevées. Mesure associée = limiter les index glycémiques élevés, voire régime hypocalorique selon la situation, +/- renforcer ttt antidiabétique chez le DT2. 3) **Augmentation du catabolisme protidique** (contribue à l'amyotrophie cutanée, aux vergetures, à la fonte musculaire) : mesure associée = alimentation enrichie en protéines et une activité physique. 4) **Augmentation modérée de l'élimination urinaire du potassium.** Mesure associée = supplémentation potassique non systématique, en fonction du bilan de suivi et des co-traitements hyper ou hypokaliémiants (comme les diurétiques thiazidiques). 5) **Déminéralisation osseuse.** Mesure associée = alimentation riche en calcium avec apports suffisants en vitamine D voire supplémentation médicamenteuse (calcium, vitamine D, bisphosphonates) selon les apports et les antécédents de risque d'ostéoporose.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- AP = définie comme « tout **mouvement** produit par les muscles, quel que soit le but, **augmentant** la dépense **énergétique**, incluant les **AVQ**, professionnelles, loisirs et sports.
- Présenter l'AP à la fois comme un **enjeu pour la santé** (diminution du risque cardiovasculaire, meilleur équilibre du diabète, amélioration de la condition physique, etc.) mais aussi pour acquérir du **« mieux-être » (qualité de vie)** : exutoire des tensions (comme le stress), lien social (rompre l'isolement), reprise de conscience du corps, amélioration sommeil…
- Objectifs de progression individuelle, par étapes et à long terme.
- **Activité physique** : 6 paramètres : fréquence, durée, type, volume (quantité totale), progression et intensité.
  - Types : endurance, renforcement musculaire, assouplissements, équilibre et coordination.
  - Volume : interaction entre intensité, fréquence et durée.

1 MET = dépense énergétique de **repos** assis sur une **chaise** = sert d'unité d'équivalence pour classer les AP.
AP **faible** (marche lente) = < 3 MET ; **Modérée** (marche rapide) = 3-6 MET ; **Intense** (course à pied) > 6 MET.
- **Sédentarité** : activité spécifique dont la DET est proche de la DER (position assise ou couché : écran…) : à limiter ++.
- **Inactivité physique :** différent de la sédentarité, correspond au fait de ne pas atteindre les recommandations en termes d'activité physique.

TYPES	➝ En fonction des qualités physiologiques engagées/développées : endurance, renforcement musculaire (activité de résistance), assouplissements, équilibre, coordination… ➝ **Combiner** exercices d'endurance et de résistance, recommandé dans les principales pathologies chroniques. ➝ Intensité adaptée : sans dépasser 50 à 70 % de la **FMT** (220 – âge).
ACTIONS BENEFIQUES	- Réduction de la **mortalité prématurée** de **30 %.** - Réduction du risque de survenue de **cancers** : **colorectal, sein** (diminution récidive et mortalité, réduction fatigue, amélioration tolérance ttt, renforcement immunité…) - Réduction du risque de **maladies cardiovasculaires** (diminution de la TA, amélioration ft endothéliale, développement de néovaisseaux dans les artériopathies/coronaropathies…) - Réduction du risque de **diabète de type 2** (réduction mortalité, périmètre abdo, amélioration HbA1c/TA/lipides). - Réduction du risque **d'ostéoporose.** - **Amélioration des capacités cognitives** : Maladies de **Parkinson**, schizophrénie, **démence**, troubles de l'hyperactivité. - **Aide à la régulation du poids corporel** (diminution masse grasse et graisse abdo, réduction périmètre abdo…) - **Maintien de l'autonomie** chez le sujet âgé (amélioration ft cognitives, autonomie, lutte contre la sarcopénie, diminution du risque de chute…)

<table>
<tr><td>ACTIONS BENEFIQUES</td><td colspan="2">- Pathologies psychiatriques : schizophrénie (amélioration de la qualité de vie), dépression et pathologie anxieuse (réduction des signes d'anxiété et de dépression, amélioration de l'humeur).
- Maladies rhumatismales : diminution des douleurs, amélioration des capacités fonctionnelles, qualité de vie.
- Chez l'enfant : développement sain, améliore l'image corporelle, conscience neuro-musculaire (coordination et contrôle des mouvements), interactions et intégrations sociale, comportements sains (évite conso tabac, OH, drogues).
- Chez le patient handicapé : diminution comorbidités, augmente qualité de vie et perception de soi, intégrat° sociale.
NB : Ces effets sont largement prouvés et sont dus aux modifications sur les grands systèmes physiologiques : amélioration de la ventilation maximale, de la capacité aérobie (s'oppose à la diminution physiologique de la VO2max), libération de NO par l'endothélium et diminution de l'altération physiologique de la paroi des vaisseaux, diminution de l'insulino-résistance et amélioration du métabolisme du glucose, augmentation de la masse musculaire et de la puissance musculaire, augmentation de l'angiogenèse cérébrale, action cellulaire via les mitochondries sur le stress oxydatif, amélioration de la densité minérale osseuse.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">EFFETS BENEFIQUES</td><td>Motivation</td><td>- Évaluation : le patient en a-t-il envie ? se sent-il capable ? est-il prêt ?
- Repérer les obstacles :
• Physique : faible capacité d'endurance, déficit…
• Psychologique : expérience antérieure négative, faible estime de soi…
• Socio-environnementale : manque de temps, problème d'accès aux structures, absence de soutien de l'entourage…
- Repérer les leviers : entourage motivant, goûts perso, passé sportif, bienfaits connus, supervision ou non, objectifs quantifiable et réalisable…</td></tr>
<tr><td>Accompagnement du patient</td><td>Prescription d'activité physique :
- Se prescrit en termes de type, intensité, durée, fréquence et contexte de pratique.
- Dans le cadre d'une ALD : différents professionnels avec intervention en fonction du profil fonctionnel du patient :
• Limitation sévère : masseur-kiné (MK), ergo et psychomotriciens, enseignant en APA.
• Aucune limitation : éducateurs sportifs et titulaires de diplômes/certif de qualification pro en activité physique (place des MK, ergo, enseignant en APA plus marginale quand Ø limitation).
NB : l'Activité physique adaptée (APA) n'est pour le moment pas prise en charge par la CPAM y compris en cas d'ALD.
- Définir des objectifs et contre-indications éventuelles et instaurer un suivi régulier (renforcement).

Structures/organismes :
- Orienter vers une activité favorisant l'adhésion au long cours (Médicosport : outil d'aide au choix de l'activité physique et orientant vers les fédérations ayant des plans Sport-santé).
- Maisons sports-santé : accueille et oriente toute personne souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique quel que soit son âge et son état de santé.
→ Collaboration entre professionnels du sport et de la santé pour offrir un suivi personnalisé et sur mesure.

Outils :
- Auto-questionnaire Q-AAP d'aptitude physique chez personne de la population générale désirant initier/augmenter leur AP (aide à la décision sur la nécessité d'un avis médical plus poussé avant de commencer à être physiquement plus actif).
- Questionnaire international d'AP : évalue l'activité physique sur les 7 derniers jours pour évaluer la dépense énergétique moyenne sur cette période (exprimée en MET-min/semaine).</td></tr>
<tr><td>Recommandations en termes d'activité physique</td><td>5 à 17 ans :
- Au moins 60 minutes/jour d'activité d'endurance modérée à soutenue (plus de 60 minutes apporte un bénéfice supplémentaire).
- Activité de renforcement musculaire au moins 3 fois par semaine.

18 à 64 ans :
- Plus de 150 minutes/semaine d'activité d'endurance d'intensité modérée (exemple : marche rapide) : soit 30 minutes/jour (en 1 ou plusieurs sessions > 10 minutes) pendant 6 jours/semaine.
- Ou plus de 75 minutes/semaine d'activité physique soutenue (exemple : course à pied).
- Ou association d'activité d'endurance d'intensité modérée et d'intensité élevée équivalente en termes de durée.
- ET au moins 2 jours non consécutifs par semaine d'activités de renforcement musculaire.
- Bénéfices supplémentaires si activité physique d'intensité modérée > 300 min/semaine ou intense > 150 min/semaine.
- limiter la station assise prolongée.

Personnes âgées = après 65 ans :
- Recommandations identiques à l'adulte avec deux particularités :
1 : nécessité d'une activité améliorant l'équilibre au moins 3 jours par semaine.
2 : lorsqu'elles ne peuvent atteindre les recommandations en raison de leur état de santé il faut qu'elles soient aussi actives qu'elles le peuvent.</td></tr>
</table>

PNSS 2017-2021 (COLLEGE DE MPR)		
	OBJECTIFS THEORIQUES	ASPECTS PRATIQUES
Lipides	Augmentation de la consommation de graisses de 35 à 40 % de l'AET	Différencier les graisses selon leur qualité
	Minimum 500 mg d'oméga 3 issus des poissons (EPA + DHA)	Poissons gras (saumon, sardines, maquereau)
	Favoriser les huiles végétales riches en acides gras essentiels	Privilégier les huiles de colza, noix, olive
Glucides	Limitation à hauteur de 40 à 55 % de l'AET	Réduire la consommation de glucides
	Importance de privilégier des aliments glucidiques à index glycémique bas	Favoriser les fruits et légumes, farines complètes, légumineuses * Féculents complets : 1 par jour
	Sucre : 100 g par jour max. sans distinction (sucres ajoutés ou naturellement présents)	Éviter les sucres ajoutés
Légumes secs, céréales	Promotion de la consommation des légumineuses et des produits céréaliers complets	Favoriser lentilles, pois, fèves, haricots et farines complètes * Féculents complets : 1 par jour * Légumes secs : 2 par semaine
Viandes, poissons	Réduction de la consommation de viande (hors volaille)	500 g par semaine (soit 3 à 4 fois) * Charcuterie 150 g par jour
	Contrôler la consommation de poisson	Consommation max. 2 fois par semaine dont un gras et varier les espèces et les sources d'approvisionnement
Boissons	Séparation des boissons sucrées du groupe de l'eau	Limiter la consommation de sodas et autres boissons sucrées Eau à volonté
	Limiter la consommation d'alcool	* Maximum 2 verres par jour et pas tous les jours
Lait et autres produits laitiers	Consommation de 2 produits laitiers par jour sachant qu'une portion correspond à 150 ml de lait, 125 g de yaourt ou encore 30 g de fromage	Privilégier les fromages les plus riches en calcium et les moins gras
Cuisson	Limiter les cuissons à haute température (fritures, grillades)	Favoriser les techniques de cuisson sans gras ajouté
Fruits, légumes	5 « portions » de fruits et légumes	1 portion = 80 g = deux abricots, une banane, une poignée de haricots, soit min. 400 g par jour * Par exemple : 3 portions de légumes et 2 portions de fruits * Fruits à coque : une poignée par jour
Contaminants	Risque sanitaire avec les seuils actuels en arsenic, en plomb, en bisphénol A et en nickel non exclu	Diversifier son régime alimentaire et les sources d'approvisionnement
Besoins	Actualisation des besoins énergétiques moyens	2 100 kcal par jour pour les femmes et 2 600 kcal par jour pour les hommes
Général	Intégration de l'impact environnemental de l'alimentation	* Privilégier le fait maison, les produits de saison, locaux et si possible bio
	Limiter les aliments de faible valeur nutritionnelle, gras, sucrés, salés et ultra-transformés	* Limiter les produits Nutri-score D et E (encadré 22.1)

(Tableau tiré du collège de MPR édition R2C)